診療情報提供書（パス逸脱）

　年　　　月　　　日

紹介先医療機関名

　　　担当医師 科 先生　侍史

紹介元医療機関の所在地：

 名称：

 電話番号　　　　　　　　ＦＡＸ

 診療科名

 医師氏名 印

|  |
| --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　殿　性別　男・女患者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号生年月日　　明・大・昭・平　 　年　　　月　　　日（　　）歳　　職業 |

【　傷　病　名　】前立腺癌

【紹　介　目　的】パス逸脱の御報告

【既往歴及び家族歴】

【病状経過及び検査結果】

　平素より大変お世話になっております。

　鳥取県東部前立腺がん地域連携パスで共同診療している患者様ですが、下記の理由で　パス逸脱になりますので御報告いたします。

　追加指示があれば御教授いただくと幸甚です。

　今後ともよろしくお願いいたします。

１．再発・再燃・合併症等による治療方針変更

２．転出(他県へ転出等)

３．患者本人・ご家族の希望

４．死亡

５．その他（　　　　　　　　　）

【現在の処方】

【備　　　考】